

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

753

ANNEE 1968

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Nicole DANAN, née GARTNER

le 28 octobre 1936 à Paris XXe

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE PRONOSTIC OBSTETRICAL CHEZ
LES FEMMES ANTERIEUREMENT STERILES.

Président : Mr. LEPAGE, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1968

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Nicole DANAN, née GARTNER

le 28 octobre 1936 à Paris XXe

—

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

—

LE PRONOSTIC OBSTETRICAL CHEZ
LES FEMMES ANTERIEUREMENT STERILES.

—

Président : Mr. LEPAGE, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

THESE

PROCEDES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LA VILLE DE LYON



Imprimé chez M. LEBLANC, Libraire

PARIS, chez M. LEBLANC, Libraire

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...
b) Professeurs à titre personnel :	
Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	—
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre
	Broussais
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine
	Bicêtre
	Broussais
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine

MM.
N...
LAMOTTE (M.)
N...
CABROL (Ch.)
OLIVIER (G.)
NEZELOF (Ch.)
BARBIER (P.)
DREYFUS (J.-Cl.)
BOURLIÈRE (F.)
LARIVIÈRE (M.)
LOEPER (J.)
DEJOURS (P.)
SCHERRER (J.)
KELLERSHOHN (L.)
GOUGEROT (L.)
ROUCAYROL (J.-Cl.)
TUBIANA (M.)
FISCHGOLD (H.)
MM.
DENOIX P.
REDON (H.)
SOULIÉ (P.)
LENÈGRE (J.)
LORTAT-JACOB (J.-L.)
BAUMANN (J.)
LEGER (L.)
PATEL (J.)
GOSSET (J.)
SICARD (A.)
OLIVIER (Cl.)
MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
PADOVANI (P.)
CAUCHOIX (J.)
FÈVRE (M.)
DUBOST (Ch.)
MATHEY (J.)
DUPERRAT (F.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
HUGUIER (J.)
DEGOS (R.)
TURPIN (R.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
BERNARD (J.)
CASTAIGNE (P.)
DEPARIS (M.)
MILLIEZ (P.)
N...
BARIÉTY (M.)
DREYFUS (G.)
CONTE (M.)
KOURILSKY (R.)
BOUDIN (G.)

MM.

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	BAUDELLOCQUE
	SAINT-ANTOINE
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
— — — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	THIEFFRY (S.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	GOSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	LEMAIRE (A.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	JUDET (R.)
— — — (Necker)	ABOULKER (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	LAPLANE (R.)
— — — (Lariboisière)	DOMART (A.)
— — — (Pitié)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Rothschild)	RAMBERT (P.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mon Mari,

A mes Enfants, Gil et Jérôme.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554022_0021

A mes Soeurs,

A mes Beaux-parents, beaux-frères
et belles-sœurs,

A ma Grand-Mère,

A ma Famille,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE,

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien recevoir nos respectueux
remerciements.

A notre Maître, Monsieur le Professeur M. LACOMME,

qui nous a accueillie dans son service
et nous a prodigué son précieux ensei-
gnement.

Nous tenons à lui exprimer notre admira-
tion et à l'assurer de notre profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé D. LEWIN,

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Nous le remercions pour ses précieux
conseils qui ont guidé notre travail,
et pour l'indulgente bienveillance
dont il a toujours fait preuve à notre
égard.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur G. CERBONNET,
A Monsieur le Professeur P. DENOIX,
A Monsieur le Professeur J. HUGUIER,
A Monsieur le Professeur G. LE LORIER,
A Madame le Docteur H. MICHEL-WOLFROMM,
A Monsieur le Professeur R. MERGER,
A Monsieur le Professeur Agrégé H. ROBERT,
A Monsieur le Professeur Agrégé J. SALA,
A Monsieur le Professeur D. SCHWARTZ,
A Mademoiselle le Docteur O. SCHWEISGUTH,
A Monsieur le Professeur R. WOLFROMM,

avec notre reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N

"La femme peu fertile qui, enfin, devient enceinte, quelque fois après de longues années de vain espoir, représente un problème obstétrical très spécial et demande une surveillance très attentive. Les risques de grossesse ectopique, d'avortement, de toxémie, de désordres utérins et de mort foetale sont considérablement accrus". (Stallworthy - 1960).

Il est classique de redouter l'accouchement chez les femmes auparavant stériles, car on pense que le produit de la conception est mauvais au départ.

En effet, un certain nombre de statistiques font état de mauvais résultats foetaux.

Quelles sont les raisons d'un tel pessimisme ?

On peut envisager trois hypothèses pour expliquer cet état de choses:

- 1ère hypothèse

Les causes de la stérilité peuvent être les mêmes que celles qui entraînent des accidents de la grossesse ou de l'accouchement (anomalies des gamètes par exemple).

- 2ème hypothèse

Les traitements de la stérilité ont pu altérer la bonne marche de la grossesse.

- 3ème hypothèse

La durée de la stérilité, quelquefois très longue, augmente d'autant l'âge de la mère au moment de l'accouchement.

Il nous a paru intéressant d'étudier ces faits et de voir ce qu'il en était.

PLAN D'ETUDE

- Ier CHAPITRE : MATERIEL ET METHODES
- IIè CHAPITRE : CHIFFRES GLOBAUX
- IIIè CHAPITRE : ETIOLOGIE DES STERILITES GUERIES
- IVè CHAPITRE : AGE A L'ACCOUCHEMENT
- Vè CHAPITRE : PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE
- VIè CHAPITRE : MODALITES DE L'ACCOUCHEMENT
- VIIè CHAPITRE : RESULTATS FOETAUX : PREMATURATION.
- VIIIè CHAPITRE : RESULTATS FOETAUX : MORTALITE ET MORBIDITE
- IXè CHAPITRE : RENSEIGNEMENTS DIVERS
- Xè CHAPITRE : COMMENTAIRES.

CONCLUSIONS

Ier CHAPITRE : MATERIEL ET METHODES

Pendant une période de II ans, de 1956 à 1966, il y a eu 32.149 accouchements à la maternité Baudeloque.

Nous avons, pour notre étude, sélectionné toutes les femmes, qui, auparavant, avaient consulté pour stérilité, et sont venues accoucher à la maternité Baudeloque pendant la même période.

Pour chacune d'entre elles, nous avons noté les particularités obstétricales, l'état de l'enfant, les incidents de la grossesse, et les traitements institués au cours de celle-ci.

Le dossier de gynécologie a fourni lorsque cela était possible les renseignements nécessaires à l'établissement d'un diagnostic étiologique de la stérilité, en particulier tout ou partie des examens suivants : courbe thermique, test post-coïtal, dosages hormonaux standards et épreuves dynamiques, biopsie de l'endomètre, hystérosalpingographie, insufflation, coelioscopie, ainsi qu'un examen du sperme du conjoint.

Les résultats ont été comparés à ceux obtenus pour l'ensemble des accouchées du service pendant la même période de 1956 à 1966.

II^e CHAPITRE : CHIFFRES GLOBAUX

=====

Après examen des dossiers d'accouchement, 176 cas de stérilité antérieure ont été retenus. Chez ces 176 femmes, il y a eu 192 accouchements, 14 d'entre elles ayant accouché deux fois, et une trois fois.

Ces 192 accouchements ont abouti à la naissance de 195 enfants, en effet il y eut 3 gémellaires.

Parmi les 176 cas de stérilité antérieure, 110 étaient des stérilités primaires, 66 étaient secondaires, soit après avortement, soit après accouchement.

III^e CHAPITRE : ETIOLOGIE DES STERILITES GUERIES

=====

Après examen des dossiers de gynécologie, nous avons pu individualiser cinq types de stérilité : cervicale, utérine, tubaire, hormonale et masculine, dont les causes sont suivant les cas certaines, probables, supposées, possibles, douteuses, ou très douteuses, groupant plus de la moitié des cas étudiés.

Les autres, en raison de l'insuffisance des renseignements dont nous disposions et des difficultés de la recherche étiologique, sont restées de type inconnu.

I - STERILITE CERVICALE : 9 cas (50/0)

a - 4 femmes présentaient une infection cervicale avec imperméabilité de la glaire aux spermatozoïdes. L'une d'entre elles qui ne put être améliorée par le traitement, bénéficia d'une insémination artificielle (avec le sperme du mari) qui fut un succès.

b - Une béance cervico-isthmique a été retrouvée chez 4 femmes, dont la stérilité, dans ce cas, pourrait être imputée au facteur infectieux local.

c - Enfin une femme présentait une atrésie cervicale, la stérilité pouvant être là encore rapportée à une anomalie de la glaire.

La répartition entre stérilité primaire et secondaire se fait de la façon suivante :

	Primaire	Secondaire
Infection	4	/
Béance	/	4
Atrésie	1	/

TOTAL 5 4

II - STERILITE UTERINE : 14 cas (8°/°)

a - Dans 3 cas, l'hystérogrophie révéla une malformation utérine (2 utérus bicornes, un utérus unicorne). L'une de ces femmes présentait en outre une déficience lutéale, chez les deux autres, la malformation fut la seule anomalie notée.

b - Une femme avait une synéchie avec aménorrhée ayant duré 8 ans.

c - Dans 7 cas, c'est à la présence de myomes que fut attribuée la stérilité : 4 femmes subirent une polymyomectomie, deux une myomectomie simple.

d - Enfin 3 femmes présentaient des polypes intra-cavitaires.

	Primaire	Secondaire
Malformations	/	3
Synéchie	/	1
Myomes	4	3
Polypes	1	2

TOTAL 5 9

III - STERILITE TUBAIRE : 32 cas (18°/°)

a - 22 femmes présentaient une anomalie tubaire aux différents examens. Sur ces 22, il y eut cinq grossesses après hystérogaphie à l'exclusion de tout autre traitement.

b - 10 femmes ne possédaient plus qu'une trompe, ayant subi une salpingectomie unilatérale.

- 4 d'entre elles pour une grossesse extra-utérine
- 4 pour hydrosalpinx
- 2 avaient subi une annexectomie pour kyste de l'ovaire.

Sur ces 10 femmes ayant une trompe unique, 3 subirent une intervention plastique, les autres furent traitées médicalement. En particulier, l'une d'entre elles dont la trompe restante apparaissait renflée en massue sur les clichés d'hystérogaphie, avec absence de passage péritonéal, reçut 7 séries d'instillations utéro-tubaires suivies d'insufflation.

	Primaire	Secondaire.
Trompe unique	5	5
Autres St-tubaires	13	9
TOTAL	18	14

IV - STERILITE HORMONALE : 38 cas (22°/°)

a - Nous avons rencontré 10 cas d'anovulation.

Parmi ceux-ci : 2 syndromes de Stein-Leventhal qui eurent une grossesse après résection cunéiforme des ovaires.

- Une aménorrhéique obèse qui fut guérie de sa stérilité après un traitement amaigrissant et la prise d'extraits thyroïdiens.

- une anovulation avec hyperandrogénie
- une anovulation avec spanioménorrhée et hypotrophie génitale
- et enfin cinq autres cas pour lesquels les examens pratiqués n'ont pu mettre en évidence la présence d'un corps jaune.

b - Les 28 cas restants de stérilité hormonale se répartissent de la façon suivante :

- dans 14 cas on retrouva une déficience lutéale aux différents examens ;

- 5 femmes furent trouvées porteuses de kystes uniques ou multiples des ovaires (dont une ovarite scléro-kystique)

- 9 femmes enfin, présentaient des troubles hormonaux divers.

	Primaire	Secondaire
Anovulation	9	I
Déficience lutéale	9	5
Kystes ovariens	2	3
Troubles H-divers	7	2
TOTAL	27	II

V - STERILITE MASCULINE : 8 cas (50/0)

Dans 6 cas ce facteur était associé à un facteur de stérilité féminine. Dans 2 cas seulement on a pu l'incriminer comme étant l'unique responsable de la stérilité.

VI - STERILITE DE TYPE INCONNU : 86 cas

Pour 4 de ces femmes, tous les examens se sont révélés normaux, et il n'a

pas été possible de trouver une étiologie.

Les 82 autres ne purent être classées dans aucune catégorie en raison de l'insuffisance des renseignements recueillis.

VII - DIVERS : 5 cas (3°/°)

Ce petit groupe, très disparate, compte :

a - Une femme de 43 ans, hypertendue, ayant eu deux enfants mort-nés, et présentant ensuite une stérilité secondaire.

b - Une deuxième femme, âgée de 33 ans, ayant présenté une hypertension artérielle pendant ses trois grossesses précédentes, lesquelles avaient abouti chaque fois à un mort-né, et qui présenta ensuite une stérilité de 4 ans.

c - Une femme souffrant de troubles psychiques importants ayant nécessité un traitement dans un hôpital psychiatrique.

d - Une quatrième pour laquelle la seule étiologie retrouvée fut une rétroversion, et qui fut opérée.

e - Enfin une dyspareunique;

Ajoutons enfin que 15 femmes sur 176 avaient 2 et même 3 facteurs supposés de stérilité, associés.

Nous avons donc 8 catégories de stérilités : voir tableau n° I:

- cervicale
- utérine
- tubaire
- hormonale
- masculine

- causes multiples
- type inconnu
- divers.

Stérilité	Primaire	Secondaire
Cervicale	4	4
Utérine	2	6
Tubaire	II	II
Hormonale	23	7
Masculine	/	2
Causes multiples	IO	5
Type inconnu	58	28
Divers	2	3
TOTAL	II0	66

TABLEAU N° I

IVè CHAPITRE : AGE A L'ACCOUCHEMENT

Nous avons étudié l'âge des femmes antérieurement stériles, au moment de l'accouchement : 60°/° d'entre elles étaient âgées de plus de 30 ans.

- PUDER (1963) en avait 56°/°
- WEBER (1961) trouve un pourcentage de 45°/° (contre 30°/° dans le groupe contrôle)
- CABALLERO (1963) en a 40°/°
- WYPER (1962) : 37°/°.

La répartition des âges, suivant que la stérilité est primaire ou secondaire, se fait de la façon suivante : cf tableau n° II.

Le plus grand nombre de cas de stérilités primaires antérieures est situé entre 25 et 30 ans. Pour les stérilités secondaires, le maximum de cas se trouve situé entre 30 et 35 ans.

	20-24	25-29	30-34	35-39	40 et plus	TOTAL
Stérilité primaire	6	42	35	22	5	110
Stérilité secondaire	5	18	28	14	1	66
TOTAL	11	60	63	36	6	176

TABLEAU N° II - AGES

Cependant, pour les stérilités primaires comme pour les stérilités secondaires, l'âge moyen de ces femmes est de 31 ans.

Enfin, le nombre de primipares âgées de plus de 30 ans est de 82 (43°/°) alors que pour la même période de fonctionnement du service, cette fréquence n'est que de 5 °/° pour l'ensemble des accouchées.

Vè CHAPITRE : PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

=====

I - TOXEMIE

La plupart des auteurs signalent une plus grande incidence des toxémies chez les femmes antérieurement stériles.

- WEBER on a 10,5°/° (contre 3,8°/° dans le groupe contrôle)
- SWYER 11°/°
- PUDER 9°/°
- WALLER presque 20°/°.

- CABALLERO, par contre, la retrouve moins fréquemment que dans le groupe contrôle lorsque les femmes ont été surveillées régulièrement pendant la grossesse (rôle de la prophylaxie).

- AQUINO SALES n'en avait aucune parmi ses 63 cas de stérilité antérieure.

Dans notre série de 192 grossesses après stérilité, nous avons rencontré 14 hypertensions artérielles (7°/°), 6 albuminuries (3°/°) et 5 oedèmes (2°/°). La fréquence de ces trois symptômes dans le service pour la même période est de 4°/°.

Il en ressort que l'hypertension artérielle est presque deux fois plus fréquente au cours de la grossesse, chez les femmes antérieurement stériles.

Parmi ces femmes, on eut à déplorer 3 hématomes rétro-placentaires (1,5°/° contre 0,5°/° dans le groupe contrôle) ayant entraîné la mort foetale .

II - AUTRES INCIDENTS DE LA GROSSESSE

a - Métrorragies

14 femmes ont présenté des métrorragies pendant la grossesse (7°/°) 10 pendant le 1er trimestre, une au 4è mois, et 3 au cours du dernier trimestre, dont 2 avaient un placenta praevia.

b - Divers

Une seule femme présenta des vomissements incoercibles (0,5°/°). CABALLERO trouve la même fréquence que chez les autres femmes.

Cinq cerclages du col furent pratiqués en cours de grossesse, pour béance cervico-isthmique, à 2 mois, 2 mois $\frac{1}{2}$, 3 mois, 4 mois et 5 mois $\frac{1}{2}$ dont 2 chez la même femme lors de deux grossesses successives.

- Une femme qui présentait des convulsions et pertes de connaissance, fut opérée d'un gliome fronto-rolandique à 6 mois de grossesse. Elle accoucha prématurément à 7 mois après des métrorragies dues à un placenta praevia et perdit son enfant à la 6è heure.

- Il y eut 2 épisodes fébriles inexpliqués, une grippe avec température à 40° pendant plusieurs jours, et un ictère catarrhal.

III - TRAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE

Nous parlerons essentiellement des traitements hormonaux :

- 34 femmes ont reçu des oestrogènes, soit 18°/° contre 2°/° pour l'ensemble des accouchées

- 39 ont eu des progestatifs soit 20°/° contre 4°/° pour le groupe contrôle

- 4 fois furent prescrits des extraits thyroïdiens (2°/°) contre 0,5 °/°.

- 8 fois des corticoïdes (4°/°) contre 1 °/°. La grande fréquence des traitements hormonaux reflète assez bien le soin avec lequel ces femmes ont été suivies, bien plus que l'existence de vrais troubles hormonaux.

VI^è CHAPITRE : MODALITES DE L'ACCOUCHEMENT

=====

I - CESARIENNES

Le nombre d'opérations césariennes s'élève à 26 sur un total de 192 accouchements, soit près de 14°/°, alors que la fréquence dans le service pour la même période se situe aux alentours de 5°/°.

Voyons quelle en est la fréquence chez les différents auteurs :
cf tableau n° III - Les chiffres varient de 4°/° à 14°/°.

- Les césariennes en fonction de l'étiologie de la stérilité.

1°) Etiologie utérine : 2

- Madame PL... Colette, 35 ans, III geste I pare utérus cicatriciel en raison d'une polomyomectomie (7 myomes). Présentation du siège.

- Madame DE... Eliane, 35 ans, III geste II pare utérus cicatriciel en raison, d'une part, d'une perforation utérine suturée, d'autre part d'une polomyomectomie.

La césarienne a été suivie de la ligature des trompes.

2°) Etiologie tubaire : 3

Madame CH... Zohra, 24 ans, I geste I pare tuberculose génitale : invoquée.

Présentation en OIDP, non engagement d'un gros enfant (4400 g).

Auteurs	Nombre total de cas	Césariennes °/°
CABALLERO (1963)	171	4°/°
WYPER (1962)	268	8°/°
SWYER (1959)	686	8°/°
PUDER (1963)	422	8,5°/°
WEBER (1961)	2994	10°/°
AQUINO-SALES (1953)	63	14°/°
BAUDELOQUE (1966)	192	14°/°

TABLEAU N° III

- Madame BR... Rolande, 29 ans, III geste I pare, a subi une plastie tubaire bilatérale l'indication de césarienne est posée en raison d'une stagnation de la dilatation et non progression de la présentation.

- Madame HO... Andrée, 37 ans, I geste I pare, lésions tubaires bilatérales.

Une présentation du siège sur un bassin limite a conduit à l'intervention par voie haute.

3°) Etiologie hormonale : 6

- Madame DI... Berthe, 32 ans, I geste I pare, stérile par anovulation, obèse, fut césarisée pour disproportion foeto-pelvienne.

2 ans plus tard, une deuxième grossesse se termina également par une césarienne pour disproportion foeto-pelvienne.

- Madame GO... Josiane, 33 ans; I geste I pare déficience lutéale. L'opération fut décidée devant des signes de souffrance foetale.

Madame PA... Jacqueline, 43 ans, II geste I pare. Troubles hormonaux.

Ayant dépassé son terme de 15 jours, elle fit une toxémie dans les derniers jours. On décide alors de faire une césarienne devant des signes de souffrance foetale chronique in utero.

Madame MA... Marthe, 31 ans. I geste I pare. Etait atteinte de troubles hormonaux qui la faisaient passer alternativement par des périodes d'aménorrhée et de métrorragies, ceci pendant 4 ans. Le bassin n'étant pas suffisant, l'épreuve du travail échoua et on fit une césarienne.

Madame CH... Emma, 28 ans. I geste. I pare. spanioménorrhée et anovulation.

Fut césarisée pour un bassin généralement rétréci. Elle accoucha de nouveau l'année suivante, mais par voie basse d'un prématuré de 1780 g.

4°) Causes multiples : 2

Madame BO... Jeannine, 28 ans III geste II pare porteuse d'un utérus unicorne, présente en outre une déficience lutéale. Elle avait déjà été césarisée lors d'une première grossesse, 5 ans auparavant, pour une présentation du siège sur un bassin limite. La présentation étant encore un siège en raison de la malformation utérine, on fit une césarienne itérative.

Madame JO... Yvette, 34 ans; I geste I pare. Porteuse d'un utérus cicatriciel en raison de polomyomectomie, souffrant de troubles hormonaux.

5°) Type inconnu : 12

Madame TI... Jacqueline, 34 ans, IV geste, I pare. Dystocie dynamique. Absence de dilatation après 3 heures d'épreuve du travail et rupture de la poche des eaux depuis 3 jours.

Madame MI... Yolande, 41 ans. I geste, I pare. Utérus cicatriciel en raison d'une polomyomectomie.

Madame MA... Jeanine, 33 ans, I geste, I pare. Dystocie dynamique malgré une perfusion d'extrait post hypophysaire .

Madame LO... Edmonde, 36 ans. II geste, I pare. Non progression de la présentation après 2 h de dilatation complète.

Madame NA... Jacqueline, 27 ans : II geste, I pare. Stagnation de la dilatation à 2 cm. On décida de faire une césarienne devant les signes de souffrance foetale.

Madame MA... Rose, 39 ans. II geste, II pare. Cette femme avait déjà accouché 5 ans auparavant dans notre série, mais par voie basse, d'un enfant mort-né, ayant dépassé son terme de I mois.

Cette fois-ci la césarienne fut décidée en raison des antécédents, avant tout début de travail au terme de 9 mois.

Madame LO... Marie, 36 ans, III geste, I pare. Bassin limite.

Madame AL... Agathe, 26 ans, I geste, I pare. Dystocie d'engagement.

Madame RE... Gisèle, 34 ans. I geste; I pare. Stagnation de la dilatation sur une présentation en ODP, avec signes de souffrance foetale .

Madame BR... Christina, 33 ans, I geste, I pare. Dystocie dynamique.

Madame CH... Huberte, 37 ans, IV geste. III pare. Césarienne itérative.

Madame MA... Colette, 32 ans, II geste, I pare. Stagnation de la dilatation sur un bassin limite.

6°) Divers : I

Madame NY... Christiane, 43 ans, IV geste, III pare. Hypertendue ayant des antécédents de mort in utéro. On fit une césarienne systématique à 8 mois $\frac{1}{2}$.

En résumé, les indications d'opérations césariennes furent posées :

- 6 fois, pour utérus cicatriciel, soit après myomectomie soit après césarienne.

- 10 fois pour bassin insuffisant ou disproportion foeto-pelvienne (dont un siège).

- 4 fois pour signes de souffrance foetale.

- 4 fois pour dystocie dynamique.

- et enfin 2 fois la césarienne fut décidée avant tout début de travail pour antécédents de mort in utero.

Ce sont les indications habituelles des césariennes, mais le nombre plus élevé est dû au fait que dans les cas limites, l'on n'a pas voulu courir de risques.

- En cas d'utérus cicatriciel, l'on n'a pas osé courir le risque de voir se produire une rupture utérine.

- Devant des signes de souffrance foetale, la notion "d'enfant précieux" a conduit à intervenir plus précocement pour diminuer les risques.

- En cas de disproportion foeto-pelvienne l'épreuve du travail a été spécialement courte.

Enfin la notion d'âge maternel intervient également : 20 césariennes sur 26 furent pratiquées chez des femmes âgées de plus de 30 ans.

STERILITE	FORCEPS	CESARIENNES	ACCOUCHEMENTS NATURELS
Cervicale	² (dont I jumeau)	/	8
Utérine	/	2	8
Tubaire	/	3	22
Hormonale	I	6	26
Masculine	/	/	2
Causes multiples	/	2	15
Type inconnu	6	12	73
Divers	/	I	4
TOTAL	9	26	159

TABLEAU N° IV

II - FORCEPS

Sur les 192 accouchements, il y a eu 7 applications de forceps et 2 applications de spatules de Thierry (4°/°) la fréquence dans le service pour la même période est de 3,5°/°.

Suivant les auteurs, les taux de forceps sont très variables, mais toujours élevés à l'exception de Johansson (1957) qui n'a que 1°/° sur 103 accouchements.

- SWYER	12,5°/°
- WYPER	15°/°
- AQUINOSALES	17°/°
- PUDER	20°/°
- CABALLERO	24°/°
- WEBER	25°/°

Mais il est bien probable que ces chiffres ne font que traduire les grandes variations mondiales dans les indications du forceps.

III - ACCOUCHEMENTS PAR LES VOIES NATURELLES

157 accouchements ont eu lieu par les voies naturelles soit plus de 80°/° (la fréquence dans le service est de 92°/°.

Pour	- WEBER	62°/° seulement
	- CABALLERO	65,5°/°
	- AQUINOSALES	69°/°
	- PUDER	72°/°
	- SWYER	73°/°
	- WYPER	77°/°
	- JOHANSSON	90°/°.

IV - DUREE DU TRAVAIL

Nous avons étudié la durée totale du travail et la durée de l'expulsion, chez les primipares et chez les multipares.

I°) Pour les primipares, la durée moyenne du travail est de 7 h 30.

Le travail s'est prolongé au-delà de 13 heures dans cinq cas (2,5°/°) cf tableau n° V.

La durée moyenne d'expulsion est de 25 minutes. Pour 6 d'entre elles l'expulsion a duré plus d'une heure (cf. tableau n° VI).

	0h-1h55	2h-3h55	4h-5h55	6h-7h55	8h-9h55	10h-12h55	13 h et plus
Primipares							
Nombre de cas	I	I2	26	28	32	I6	5
	Durée moyenne : 7h 30.						
Multipares							
Nombre de cas	2	I4	I0	I2	4	2	0
	Durée moyenne : 5 h.						

TABLEAU N° V

	0h-14mn	15-29mn	30-44mn	45-59mn	60-74mn	75-90mn
Primipares						
Nombre de cas	26	59	22	8	5	I
	Durée moyenne d'expulsion : 25 minutes					
Multipares						
Nombre de cas	35	6	/	I	I	/
	Durée moyenne d'expulsion : 12 minutes.					

TABLEAU N° VI

2°) Pour les multipares, la durée moyenne du travail est de 5 heures 2°/° d'entre elles ont eu un travail prolongé au-delà de 8 heures.

La durée moyenne d'expulsion est de 12 minutes. Il y a eu 2 fois une durée d'expulsion supérieure à 30 minutes chez les multipares.

Pour CABALLERO, près de 25°/° des femmes ont eu une durée de travail supérieure à 13 heures. Pour AQUINO SALES, 8°/° des femmes ont été en travail pendant plus de 30 heures. Pour WEBER 6°/° des femmes ont eu une durée de travail supérieure à 20 heures contre 3°/° dans le groupe contrôle. Pour SWYER 17°/° des femmes ont eu une durée de travail supérieure à 30 heures.

Dans notre série, les durées de travail et d'expulsion sont identiques à celles des autres accouchées.

VIII^e CHAPITRE - RESULTATS FOETAUX = PREMATURATION

=====

Les poids des enfants à la naissance varient de 910 g à 4610 g et se répartissent de la façon suivante : cf tableau VII.

13°/° des enfants pesaient moins de 2500 g.

En outre, nous avons étudié le poids moyen en fonction de la durée de gestation (cf tableau VIII).

Le poids moyen des enfants à terme est de 3360 g, le poids moyen total de 3140 g. Par ailleurs il y a eu presque 4°/° de termes dépassés.

PREMATURATION

Si l'on prend comme critère de prématurité la définition de l'O.M.S. enfant de poids inférieur à 2500 g; nous en trouvons 27 soit 13°/° (contre 9°/° dans le groupe contrôle).

- GRANT trouve 18°/° de prématurés
- WEBER 14°/°
- WYPER 8°/°
- CABALLERO environ 8°/°.

La prématuration en fonction de la cause de la stérilité s'établit comme suit. Cf. tableau n° VII.

	Moins de 2000g	2000-2490g	2500-2990g	3000-3490g	3500-3990g	4000 et plus
Cervicale		I	2	3	3	2
Utérine	I		3	3	I	I
Tubaire		I	7	10	4	4
Hormonale	I	3	3	11	12	3
Masculine		I				I
Causes multiples	3		3	9	2	
Type inconnu	8	7	18	27	30	2
Divers		I	I	3		
TOTAL	13	14	37	66	52	13
°/°	6,15	7,17	18,97	33,84	26,15	6,15
	13°/°				32°/°	

TABEAU N° VII - Poids à la naissance

Nombre de cas	6-7 mois 5	7½ - 8 mois 21	8 ½ 31	Terme I27	Terme dépassé 6	Terme non précisé 2
°/°	14°/°	30°/°		66°/°	4°/°	
Poids moyen en grammes	I 420	2 230	3 085	3 360	3 465	
	Poids moyen total = 3 I40 g.					

TABLEAU N° VIII

VIII^e CHAPITRE - RESULTATS FOETAUX = MORTALITE et

=====

MORBIDITE

=====

Sur les 195 enfants nés de mère antérieurement stériles, 186 étaient vivants à la naissance et 9 étaient mort-nés (dont 5 macérés). Le taux de morti-natalité s'élève à 5°/°. Si l'on y ajoute les 3 enfants morts en suites de couches (1,5°/°) la mortalité péri-natale est de 6°/° (12 cas).

Quelles sont les circonstances de ces morts foetales ? cf. tableau n°IX.

I - MORT-NES MACERES : 5

1°) Un mort in utéro vers 6 mois de grossesse. L'accouchement se produisit à 6 mois $\frac{1}{2}$, donnant naissance à un enfant pesant 910 g. Aucune étiologie précise de cette mort foetale n'a pu être retrouvée, en particulier aucun incident pendant la grossesse.

Cependant on a pu noter une anomalie du spermogramme à l'origine de la stérilité, associée à une anomalie tubaire.

2°) Un enfant de toxémie primipare, né vers 7 mois $\frac{1}{2}$, pesant 1250 g. La stérilité avait une cause utérine possible (myome) et une cause tubaire. Le traitement chirurgical de la stérilité a consisté en une salpingectomie, salpingostomie sur la trompe restante et myomectomie.

(Nous pouvons maintenant ajouter que trois ans plus tard, malgré le pronostic très sombre que laissait entrevoir une hystéro-salpingographie montrant une oblitération totale de la trompe unique, cette femme eut une nouvelle grossesse, dont nous ne connaissons pas encore l'issue).

Stérilité	Vivants	Mort-nés	Causes	Morts Sdc	Causes
Cervicale	II I gemellaire	0		0	
Utérine	8 I malformé (bec de lièvre)	I	Mort in utéro à 7 m $\frac{1}{2}$ épisode fébrile	0	
Tubaire	25 I gemellaire	I	Terme dépassé de 15 jours	0	
Hormonale	33	0		0	
Masculine	2	0		I	Prématuré 7m DCD à H6 placenta praevia
Causes multiples	15 I malformé (absence d'un orteil à chaque pied)	2	- Mort in utéro à 6m - Hématome rétro-pla- centaire à 7m $\frac{1}{2}$	I	Prématuré de 6m DCD à J6 (détresse respiratoire)
Type inconnu	87 I gemellaire	5	- Terme dépassé de 1 m - 2 hématomes rétro- placentaires - 2 toxémies	I	Prématuré 7 m DCD à J4 (détresse respiratoire)
Divers	5	0		0	
TOTAL	186	9		3	

3°) Au terme de 8 mois naquit un enfant mort-né macéré pesant 1420 g. Une quinzaine de jours auparavant, la mère avait présenté un épisode fébrile, qui n'a pu être expliqué.

La cause supposée de stérilité était la présence de myomes, et cette femme avait déjà accouché une fois d'un enfant vivant après traitement de sa stérilité.

4°) Dans ce quatrième cas, c'est probablement le dépassement de terme (11 mois) qui est responsable de la mort foetale. Cependant cette femme présentait une hypertension artérielle à 15/10.

Elle mit au monde un enfant mort-né pesant 3150 g. La cause de la stérilité n'était pas connue.

Lors d'une grossesse ultérieure, il fut pratiqué, en raison de ces antécédents, une césarienne systématique à 9 mois qui retira un enfant vivant.

5°) Une toxémique primipare accoucha d'un enfant mort-né à 7 mois $\frac{1}{2}$ pesant 1380 g. La cause de la stérilité n'était pas connue.

II - MORT-NES NON MACERES

1°) Une femme toxémique primipare accoucha à 7 mois $\frac{1}{2}$ d'un enfant pesant 1700 g dont la mort est due à un hématome rétro-placentaire. La cause de la stérilité n'était pas connue.

2°) Une autre primipare toxémique accoucha à terme d'un enfant pesant 2870 g, l'albuminurie étant apparue pendant l'accouchement. On ne trouve aucune cause à la stérilité.

3°) Enfin une troisième toxémique primipare accoucha à terme d'un enfant pesant 1300 g non macéré. Là encore aucune cause ne fut trouvée à la stérilité.

4°) Le dernier des enfants mort-nés est un enfant de 3530 g, dont le terme était dépassé de 15 jours. Il s'agissait d'une stérilité de cause tubaire probable.

En résumé, on note 5 morts foetales par toxémie, 2 par dépassement de terme, un épisode fébrile et un cas où il s'agissait peut-être d'un facteur marital.

En ce qui concerne les morts du post-partum, il y en eut 3 cas, tous prématurés, un de 6 mois et deux de 7 mois, morts respectivement au 6^e jour au 4^e jour et à la 6^e heure de détresse respiratoire.

Si l'on compare la mortalité péri-natale chez les enfants de mères antérieurement stériles à celle de l'ensemble des enfants nés dans le service, on trouve 6°/° pour les premiers, 4°/° pour les seconds.

Par contre, en ce qui concerne la morti-natalité, elle s'élève à 5°/° pour les enfants de mères antérieurement stériles contre 2°/° pour l'ensemble des enfants nés dans le service, la différence étant plus sensible.

Pour SWYER, la mortalité péri-natale est la même dans les deux groupes.

Pour WEBER, elle est de près de 7°/° contre 3°/° dans le groupe contrôle.

PUDER retrouve 6°/°.

STONE 4°/°

WYPER 5,5°/°.

Pour CABALLERO elle est d'à peine 2°/° dans son groupe de femmes antérieurement stériles contre 4°/° dans le groupe contrôle.

III - MORBIDITE

183 enfants ont survécu à la période néo-natale. Parmi eux, 16 ont été réanimés :

- 3 pendant 1 minute,

- 2 pendant 2 minutes
- 3 pendant 3 minutes
- 1 pendant 4 minutes
- 5 pendant 5 minutes
- 1 pendant 6 minutes
- 1 pendant 9 minutes

12 de ces 16 enfants ayant dû être réanimés après anesthésie de la mère, onze ayant été extraits par césarienne, et un par spatule de Thierry.

Les 4 autres étaient nés par accouchement naturel.

- 20 enfants ont dû être passés en couverie pour les raisons suivantes :

- 10 pour prématurité (moins de 2500 g)
- 1 post-mature ictérique
- 1 pour hypotonie
- 1 dysmature
- 1 pour cyanose
- 1 trépidant
- 1 pour fracture de la clavicule
- 1 après placenta praevia
- 3 pour surveillance.

Ils sont tous sortis par la suite en bon état général.

IX^e CHAPITRE - RENSEIGNEMENTS DIVERS

=====

I - NOMBRE DE MALFORMATIONS

2 malformations non mortelles furent notées sur 195 enfants : un bec de lièvre, pour le premier, l'absence d'un orteil à chaque pied pour le deuxième. Ce qui fait un taux de 1°/° en accord avec la majorité des auteurs, qui pensent que les malformations ne sont pas plus nombreuses chez les enfants de mères antérieurement stériles, à l'exception des cas où une irradiation ovarienne a pu être pratiquée comme traitement de la stérilité.

II - GROSSESSES MULTIPLES

Nous avons observé 3 grossesses gémellaires, la fréquence étant la même pour la totalité des accouchements du service.

III - SEX RATIO

Il y eut 101 garçons et 94 filles, ce qui est une distribution normale.

IV - ALLAITEMENT

Sur 180 mères dont les enfants ont survécu au-delà d'une semaine, 141 ont allaité (78°/°). Dans le service, la fréquence d'allaitement pour la même période est de 83°/°.

Parmi les femmes ayant accouché plusieurs fois, deux ont allaité une fois sur deux. Sur les 39 qui n'ont pas allaité leur enfant, il y eut 25

refus; 6 contre-indications (. tuberculose pulmonaire récente), 7 agalacties et une impossibilité anatomique (ombilication du mamelon).

V - PREPARATION PSYCHO-PHYSIQUE

160 femmes ont accouché de façon naturelle. Parmi elles, 51 ont suivi les cours pour la préparation à l'accouchement (27°/° de l'ensemble des femmes entrant dans notre étude). Pour la même période, la fréquence de préparation n'est que de 15°/° pour les autres accouchées du service

Les résultats ont donné 33 succès :

- 2 très bien
- 27 bien
- 4 assez bien ou moyen.

Et 5 échecs.

Pour les 13 autres femmes préparées à l'accouchement psycho-physique, il n'y a pas eu d'appréciation.

Xè CHAPITRE - COMMENTAIRES

=====

Au terme de cette étude, il ressort que :

1°) Nous n'avons aucune preuve que les accidents obstétricaux observés soient liés aux causes de la stérilité.

2°) Ce n'est que dans un nombre de cas très limités que le traitement de la stérilité a pu influencer sur le mode d'accouchement (utérus cicatriciels ayant amené à pratiquer une opération césarienne).

3°) Les deux particularités notées : fréquence de l'hypertension artérielle et fréquence de la prématuration sont liées sans doute à l'âge de la mère, donc à la durée de la stérilité.

4°) Cependant il y a des indices qui font penser que l'on s'est occupé de ces femmes avec plus d'attention, par exemple le nombre de préparations à l'accouchement psycho-physique a été plus important..

Celui-ci, s'il n'améliore pas directement le pronostic obstétrical, témoigne généralement de l'intérêt que les femmes elles-mêmes portent à leur grossesse et ceci retentit peut-être sur l'attention que leur porte le personnel.

De toute façon, l'antécédent de stérilité a en lui-même évidemment provoqué une certaine prudence dans les indications thérapeutiques.

C O N C L U S I O N S

=====

Nous avons étudié tous les dossiers des femmes qui avaient été traitées antérieurement pour stérilité et qui sont venues accoucher à la Maternité BAUDELOCQUE pendant onze années de fonctionnement (1956 à 1966 inclus).

Nos principaux résultats sont les suivants :

- 1°) L'étude porte sur 1192 accouchements. Pendant la même période, 32.149 femmes ont accouché dans le service.
- 2°) Dans les 2/3 des cas environ, il s'agissait de stérilité primaire, et dans 1/3 des cas de stérilité secondaire. Après traitement de leur stérilité 14 femmes ont accouché 2 fois, une femme a accouché 3 fois.
- 3°) L'âge moyen des femmes antérieurement stériles est nettement plus élevé que celui de l'ensemble des accouchées. Le nombre des primipares de plus de 30 ans est de 43°/° (contre 5°/° pour l'ensemble du service).
- 4°) Parmi les accidents maternels de la grossesse un fait est à noter, l'hypertension artérielle est deux fois plus fréquente chez les femmes antérieurement stériles.
- 5°) Les modalités de l'accouchement sont caractérisées chez ces femmes par un nombre très élevé d'opérations césariennes.

6°) Les résultats foetaux montrent un pourcentage important d'enfants pesant à la naissance moins de 2500 g : 13°/° chez les femmes traitées pour stérilité contre 9°/° pour l'ensemble du service.

Malgré la fréquence de la prématuration et l'âge élevé des accouchées, les résultats foetaux (mortalité et morbidité) sont finalement satisfaisants puisqu'ils ne diffèrent pas considérablement de ceux de l'ensemble du service.

7°) Les femmes antérieurement stériles ont suivi la préparation psychophysique 2 fois plus souvent que les autres. Par contre elles n'ont pas allaité plus souvent.

8°) En résumé, le pronostic obstétrical chez les femmes antérieurement stériles est sans doute défavorable au départ, ne serait-ce qu'en raison de leur âge. Si les résultats foetaux sont finalement satisfaisants, le mérite en revient peut-être à l'attention particulière qu'on leur porte du fait de leurs antécédents.

Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. LEPAGE

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean Roche

B I B L I O G R A P H I E

=====

AQUINO SALES A.

Compte-rendu du premier congrès mondial sur la fertilité et la stérilité.

1953. T.II. p. 582-585.

CABALLERO Y RAMIREZ

Grossesse, accouchement et suites de couches chez les femmes antérieurement stériles ou infertiles.

Rev. Franç. Gynéc. Obstét. 61 n° II Nov.1966 p.781-798.

GRANT A.

Cité par CABALLERO.

JOHANSSON C.J.

Act. Obst. Gynec. Scand. 36 Suppl. 1957 p. 168.

LACOMME M.

Pratique Obstétricale. Paris, Masson 1960.

PUDER H. et BAUMER E.

Accouchement après conception tardive. Etude de 422 accouchements après une longue période de stérilité.

Zeit. Geburt. Gynak. 1963. 160 p. 306-315.

STALLWORTHY J.

Infertility in women.

Practitioner. Août 1960. 185. p. 144-151.

STONE A., et WARD M.E.

Fertil and steril 1956 7 p. 1. 14 cité par CABALLERO.

SWYER G.I.M.

Compte-rendu du Ier Congrès Mondial sur la Fertilité et la Stérilité.

1953 T. II p. 573-581.

SWYER G.I.M.

Compte rendu du 3è Congrès Mondial sur la fertilité et la stérilité.
1961. T.I p. 741-745.

WALLER J.A. et HORNE H.W.

Results of pregnancy in infertility patients.
Int. J. Fertil. 6 - 1961 p. 191-197. Cité par CABALLERO.

WEBER L.L. et ISRAEL S.L.

The outcome of pregnancy in previously infertile women.
Fertil and steril. 1961, 12 p. 554-559.

WYPER J.F.

Pregnancy after primary infertility investigation.
Brit. Med. Journal 3 fév. 1962 I p. 273-276.



EDITIONS
40 R. Precal
PARIS 13°
TELEPHONE
535:18-93
535:18-62